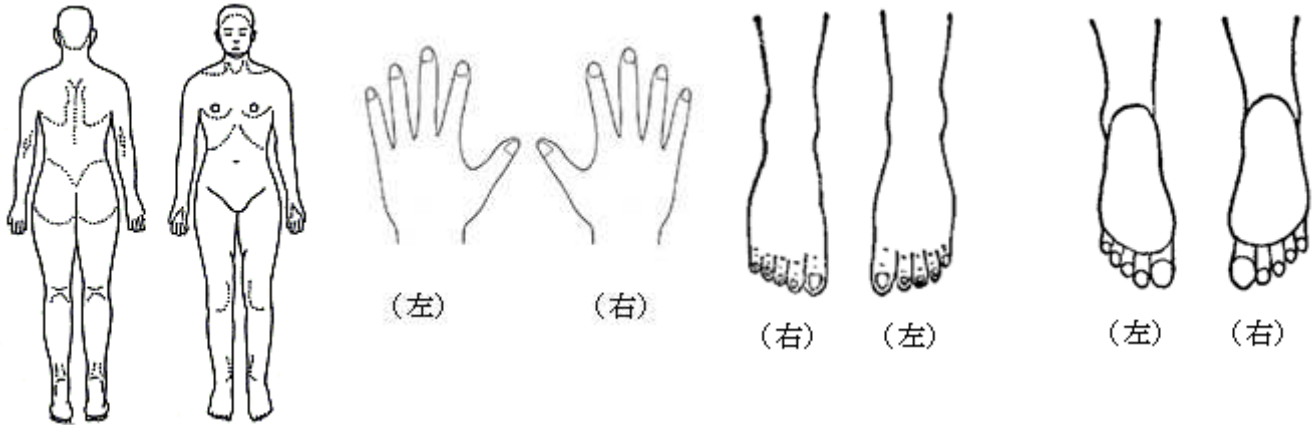


問診票（新患用）

フリガナ	性別	生年月日
お名前 様	男	明・大・昭・平
	女	年 月 日生
住所 〒 -		
電話番号 - - 携帯番号 - -		

①今日はどの部位を診察してもらいたいですか？



②どんな症状ですか？○印をつけてください。

・痛い ・しびれる ・曲がらない ・変形している ・腫れている ・歩行困難 ・その他 ()

③その症状はいつごろからありますか？

月 日～ 週間前～・ ヶ月前～・ 年前～

④原因がありましたら○印をつけてください。

・転んだ ・ひねった ・ぶつけた ・はさまれた ・切った ・落ちた ・交通事故
 ・その他（具体的にご記入ください） _____

⑤現在、治療中の疾患または内服中の薬がありましたらお書きください。

高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・心臓疾患・脳疾患・その他 ()

⑥今までに薬を飲んで、アレルギーが出たり、具合が悪くなったことがありますか？

ない・ある ()

⑦（女性のみ）現在、妊娠中か妊娠している可能性がありますか？ ない・ある(妊娠 週)

⑧当院を何でお知りになりましたか？

・知人 ・当院ホームページ ・その他医療機関 ()
 ・広告 () ・その他 ()

どうもありがとうございました